UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 117

L'EPITHÉLIOMA

DU

DOS DE LA MAIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1910

PAR

I. PERALDI

Né à Corrano (Corse), le 14 mai 1873

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

TÉDENAT, professeur, *président*.
GILIS, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé.
GRYNFELTT, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

L'ÉPITHÉLIOMA
DU DOS DE LA MAIN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 117

L'EPITHÉLIOMA

DU

DOS DE LA MAIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1910

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

PAR

I. PERALDI

Né à Corrano (Corse), le 14 mai 1873

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse — TÉDENAT, professeur, *président.* — GILIS, professeur. — SOUBEYRAN, agrégé. — GRYNFELTT, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	Doyen
	SARDA	Assesseur
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT (✲), *président.*	SOUBEYBAN, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	GRYNFELT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MES MORTS

Ineffaçable et pieux souvenir.

A MA CHÈRE MÈRE

Témoignage de reconnaissante
et filiale affection.

A MA BIEN CHÈRE ÉPOUSE
ET A MON ENFANT CHÉRI

Ma pensée et mon cœur.

I. PÉRALDI.

A MES FRÈRES ET SŒUR

Mes meilleurs amis.

A MES PARENTS

A MON COUSIN

MONSIEUR LE DOCTEUR POLI

A MON AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR CAVALIÉ

MEIS ET AMICIS

I. PERALDI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Pressé par les circonstances, nous n'avons pas pu consacrer à notre thèse inaugurale le temps que nous aurions voulu y mettre. Nous avions songé à prendre pour sujet de ce travail une question qui nous tient à cœur et qui intéresse aussi le corps médical corse tout entier. Nous l'aurions intitulé : « Les abus administratifs et l'assistance médicale en Corse ». Il nous aurait fallu, pour mener à bien cette tâche, revoir et approfondir la loi qui régit l'assistance médicale et que de trop nombreux règlements sont venus obscurcir ou fausser.

Nous regrettons bien vivement de ne pas pouvoir réaliser ce travail. Il nous aurait consolé de quelques vexations professionnelles et il aurait démontré les abus auxquels donne naissance une réglementation mal comprise par certain fonctionnaire plus audacieux qu'habile, et dont le rôle paraît être alors de porter atteinte à la liberté des malades et à la dignité des médecins.

Ne pouvant donc mener à bien, dans un temps si court, le sujet que nous signalons, nous nous sommes souvenu d'un cas observé dans notre clientèle et qui nous avait intéressé.

M. le professeur agrégé Soubeyran a bien voulu, en nous

précisant ce sujet de thèse, nous communiquer deux observations inédites. Nous l'en remercions très vivement.

Nous n'oublierons pas que pendant notre séjour très court à Montpellier, nous avons rencontré quelques personnes sympathiques dont il nous sera agréable de nous souvenir.

L'ÉPITHÉLIOMA

DU

DOS DE LA MAIN

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Les épithéliomas du dos de la main, bien qu'ils ne soient pas très fréquents, ne sont pas cependant une rareté clinique.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir en réunir trois observations inédites et nous avons pensé qu'il serait intéressant de les rapprocher de quelques observation analogues typiques que nous avons trouvées dans des travaux antérieurs.

Cette question des épithéliomas de la main est encore obscure ; nous avons essayé d'apporter à son étude notre faible contribution.

Dans un premier chapitre, nous avons étudié l'étiologie de ces tumeurs et avons particulièrement insisté sur leurs causes locales.

Dans un deuxième chapitre, nous avons exposé leur structure histologique. Nous en avons ensuite étudié les symptômes et essayé d'en établir le pronostic. Puis nous avons passé en revue les affections qui peuvent avoir une

allure semblable et nous avons essayé d'en établir le diagnostic.

Dans le traitement, nous avons signalé les différentes méthodes curatives employées jusqu'à ce jour et avons souligné celles qui paraissent donner les meilleurs résultats.

Enfin, nous avons dit les conclusions qui nous paraissaient en résulter.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

L'origine des épithéliomas est obscure. Nous ne trouvons pas de causes certaines que nous puissions considérer comme causes déterminantes de ces tumeurs.

Mais en ce qui concerne les épithéliomas du dos de la main, nous devons remarquer qu'ils sont le plus souvent précédés ou accompagnés par des irritations locales.

Ces irritations, quelles qu'elles soient, paraissent avoir une part dans le développement, sinon dans la production de ces néoplasies. Ce sont donc là tout au moins des causes prédisposantes et adjuvantes et il nous paraît qu'on peut les grouper suivant l'agent qui les détermine.

1° Les traumatismes ;

2° Les dermatoses ;

3° Les affections osseuses de voisinage, surtout celles qui sont fistulisées ;

4° Les angiomes ;

5° Les papillomes ;

6° Les cicatrices.

1° Les traumatismes paraissent avoir une part considérable dans le développement de ces tumeurs — et d'ailleurs nous devons signaler qu'ils viendront le plus souvent se surajouter aux autres agents d'irritation que nous signalons.

Mais le traumatisme à lui seul paraît pouvoir favoriser la néoformation épithéliale que l'on observe à la face dorsale de la main ; et les plaies contuses sont souvent, au dire des malades, l'origine de ces lésions. C'est ainsi que pourraient s'expliquer les épithéliomas dits professionnels, qui sont si fréquents au dos de la main, et parmi les traumatismes qui les provoquent, nous devons citer au premier rang les brûlures, qui sont fréquentes sur cette partie du corps, qu'elles soient provoquées par des substances caustiques manipulées dans l'exercice d'une profession ou qu'elles soient simplement accidentelles.

2° Les dermatoses se retrouvent également très souvent à l'origine des lésions épithéliales, et nous voyons plus particulièrement agir l'eczéma chronique, le psoriasis et surtout le lupus (1).

Les ulcères surtout ont été signalés comme étant souvent le point de départ d'un épithélioma, et cela a été très bien étudié au sujet des cancroïdes cutanés. Enfin, nous signalerons la fréquence de ces lésions de la peau plus ou moins disséminées, qui se recouvrent de croûtes souvent enlevées, et qui après une évolution extrêmement lente, donnent naissance à des épithéliomas très nettement caractérisés.

3° Les affections osseuses, par irritation continue des téguments, peuvent donner naissance aussi à ces tumeurs, mais c'est surtout aux lésions osseuses fistulisées qu'elles succèdent.

Weiss notamment a signalé la dégénérescence d'une fistule qui, quarante ans après le début, proliféra et dont l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épi-

(1) Bidault, Lupus compliqué d'épithélioma Th Lille, 1886

thélioma pavimenteux parti des trajets fistuleux, et il cite encore un épithélioma du dos de la main survenu à la suite d'un bouton ulcéré et fistuleux.

4° Les angiomes sont bien connus comme favorables au développement d'une tumeur cancéreuse. Nous ne rappellerons pas les discussions émises à ce sujet et qui sont du domaine de la pathogénie du cancer. Nous rappellerons simplement que cette cause est souvent retrouvée et qu'elle est bien connue ; et d'après Renoul, les épithéliomas d'origine nœvique s'observeraient chez des individus relativement jeunes ; le maximum de fréquence serait de 30 à 40 ans.

5° Les papillomes sont peut-être les plus constants dans l'étiologie de l'épithélioma du dos de la main. Ils se développent pendant l'adolescence et sont probablement favorisés dans leur développement par la malpropreté. C'est sans doute ce qui explique leur présence fréquente chez les laboureurs et les garçons d'écurie. Ces productions épithéliales sont souvent bénignes, et ce n'est que sous l'influnce de traumatismes répétés ou de traitements inopportuns qu'elles se développent.

6° Enfin, une des causes, et non des moindres, des épithéliomas que nous étudions, sont les cicatrices. Le plus souvent, ce sont les cicatrices anciennes qui sont le siège de cette dégénérescence cancéreuse.

Toutes, quelle que soit leur origine, peuvent subir cette dégénérescence, mais on l'observe surtout à la suite des cicatrices de brûlure, et comme elles siègent le plus fréquemment au niveau du dos de la main, nous comprenons l'importance qu'elles ont dans cette étiologie.

Voici donc les causes locales que l'on observe presque toujours à l'origine des tumeurs que nous étudions. Mais il est des épithéliomas à l'origine desquels on ne retrouve

aucune de ces causes. Ce sont ceux qui sont développés aux dépens de tissus sains en apparence. On peut certes invoquer, pour expliquer leur développement, des traumatismes ignorés ou même seulement des frottements répétés.

Sans doute, toutes les causes que nous avons signalées jouent un rôle dans le développement des épithéliomas, mais ce rôle n'est que secondaire ; elles ne font probablement que réveiller ou accélérer l'activité de certaines productions pathologiques, qui se développeraient aussi, peut-être sous une influence inflammatoire que nous ignorons.

Voilà donc les causes locales qui entrent dans l'évolution des épithéliomas. Nous voyons qu'elles ne sont ni nécessaires, ni absolues, puisque ces tumeurs peuvent se développer en leur absence, et que, d'autre part, leur présence ne suffit pas à provoquer la tumeur.

Quant aux causes générales, elles sont plus obscures encore. On a signalé l'influence de l'âge, du sexe, de l'hérédité.

C'est au déclin de la vie qu'on observe le plus fréquemment l'épithélioma ; le maximum serait de 60 à 70 ans, et l'on peut considérer comme exceptionnels ceux qui surviennent chez des individus plus jeunes. Toutefois, nous rappellerons que les épithéliomas d'origine nœvique s'observeraient de 30 à 40 ans.

Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; nous ne connaissons cependant pas de statistiques qui puissent nous fixer sur ce point. Enfin, l'hérédité passe pour jouer un rôle dans l'étiologie de cette affection. En effet, nous l'avons signalée dans plusieurs observations que nous rapportons, mais la proportion de ces néoplasies héréditaires n'est pas très grande. Snow en signale 15 0/0, le même nombre que Fabre, de Lyon.

Le dos de la main est le siège le plus fréquent (7 sur 13, Heurtaux) pour le membre supérieur.

Enfin, nous signalerons l'influence du climat, vivement discutée, et qui ne paraît pas très nette.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces tumeurs sont développées aux dépens de tissus embryonnaires et ont une origine épithéliale ; mais elles peuvent se développer aux dépens d'un épithélium d'origine ectodermique, formé de cellules aplaties, superposées en couches multiples (épithéliums pavimenteux stratifiés) ; ou bien aux dépens d'un épithélium d'origine endodermique, formé de cellules cylindriques, disposées en une seule couche (épithéliums cylindriques). Suivant que tel ou tel type prolifèrera on aura un épithélioma pavimenteux ou un épithélioma cylindrique.

Enfin, cet épithélioma pourra commencer par une hypertrophie de la papille, par une tuméfaction du derme, ou siéger dans une glande sudoripare ou sébacée ; suivant le cas, on aura une forme papillaire dermique ou glandulaire.

La forme que l'on observe le plus fréquemment à la main est la forme papillaire.

Cet épithélioma débute par une petite verrue, dont la consistance est dure et dont la base est constituée par une hypertrophie des papilles de la peau. Puis cette verrue augmente de volume, en même temps qu'elle devient vasculaire ; elle est le siège de démangeaisons, elle se fendille et s'excorie. Ces crevasses, se répétant, donnent nais-

sang à une ulcération qui produit un liquide séreux, dans lequel on retrouve des cellules épithéliales et des globules de pus. L'épithélium s'allonge alors entre les papilles et se confond avec le derme, qui devient le siège d'une prolifération abondante de cellules. Dans les couches plus profondes, le tissu conjonctif se mêle à ces cellules ; c'est la zone d'envahissement, d'infiltration des tissus voisins.

Dès que le tissu sain est atteint et que les productions épithéliales pénètrent les tissus environnants, on observe une inflammation des téguments. La zone d'envahissement seule sépare des tissus sains la production néoplasique, et dès lors l'ulcération épithéliale s'étend en profondeur et en largeur. Dans d'autres cas, la néoplasie se présente sous forme de masses confondues avec le tissu conjonctif qu'elle envahit ; elle s'accroît aux dépens des tissus voisins, envahissant les muscles, dont elle sépare les faisceaux par des traînées épithéliales ; il y a de nombreux globules épidermiques.

Ce processus correspond à une tumeur sèche et blanchâtre, friable, ne donnant pas de suc au râclage. C'est l'épithélioma pavimenteux lobulé. Enfin, la tumeur peut être constituée par de longs tubes, c'est une forme rare, développée aux dépens des tubes glandulaires ; on la nomme épithélioma pavimenteux tubulé.

Une dernière forme, et c'est la plus rare, qui correspond aux formes cliniques longtemps stationnaires, est l'épithélioma pavimenteux perlé. On n'y trouve que des cellules cornées, concentriques, dont le pouvoir envahissant est très faible, et qui resteront stationnaires si elles ne sont pas irritées.

Histologie. — Sur une coupe d'ensemble, on trouve une partie saillante qui répond à la section du bourrelet de la

pièce ; on voit à ce niveau un tissu qui rappelle l'aspect général d'une glande, c'est-à-dire une division irrégulière en gros lobes subdivisés en lobules, et dans ceux-ci des saillies latérales en culs-de-sac. L'examen de la peau au voisinage de la tumeur ne révèle aucune modification quant à son derme et quant à la couche cornée de l'épiderme. Le corps de Malpighi présente une extension très grande ; les dépressions interpapillaires sont fortement accusées.

Elles s'enfoncent dans le tissu papillaire du derme et quelques-unes s'y bifurquent et se renflent en massue, semblables à des culs-de-sac glandulaires en voie de développement. Il semble, d'après l'examen de nombreuses préparations, que « ni les follicules pileux, ni les glandes sébacées ou sudoripares ne sont le point de départ des néoformations épidermiques » ; elles proviendraient donc exclusivement des prolongements que la couche de Malpighi forme normalement entre les saillies papillaires du derme.

Au voisinage de la tumeur, quelques-uns de ces prolongements sont en forme de tubes renflés à leur extrémité profonde, qui n'arrive que vers la partie moyenne du derme ; d'autres prolongements descendent dans l'épaisseur du derme et viennent dans son tissu conjonctif en dépassant la couche papillaire. Ils sont aussi renflés en massue et sont alors formés : 1° par un pédicule qui les rattache au corps de Malpighi, de l'épiderme sus-jacent, pédicule qui se rétrécit de plus en plus, et 2° par une portion profonde intra-dermique, très fortement renflée en forme de sphère.

Quant au corps de la tumeur lui-même, il présente les deux dispositions suivantes : 1° les lobules du tissu néoformé sont appendus en chapelet ou en grappe de raisins ; 2° au centre des gros lobules, on trouve des lobules épi-

dermiques, avec leurs couches concentriques semblables aux écailles d'un oignon.

Entre ces lobules, le tissu conjonctif forme des travées ramifiées, riches en vaisseaux, qu'accompagnent de jeunes éléments cellulaires.

Donc, anatomiquement, l'origine de la tumeur épithéliale est uniquement dans les parties interpapillaires du corps de Malpighi.

Les follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares ne prennent aucune part à ces néoplasies, qu'elles ne subissent pas toujours, quelques-unes de ces glandes étant seulement un peu déformées par compression.

La rétrogradation des éléments de la tumeur est due à un processus inflammatoire du derme, d'où formation de tissu cicatriciel, qui étrangle les lobules de la tumeur, les envahit et en amène la résorption (1).

---

(1) D'après Mathias Duval in Thèse de Labiche.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Comme nous l'avons vu au chapitre d'Etiologie, l'épithélioma cutané de la face dorsale de la main peut être, ou bien spontané, ou bien le plus souvent même consécutif à une lésion antérieure (cicatrice, brûlure, etc.). Dans ces deux cas différents, le tableau clinique n'est naturellement pas le même au début, et l'on conçoit fort bien que l'on puisse, dans les observations d'épithélioma primitif, décrire avec Astié (thèse Toulouse, 1895) une période de latence d'une durée illimitée.

Ce qui permet d'admettre cette première période, c'est que, même dans les cas de cancer développé secondairement sur une altération première, il se passe un temps parfois très considérable jusqu'au moment de l'évolution de la tumeur épithéliale. Astié cite un cas où cette période a duré 50 ans.

D'une façon générale, on peut considérer à l'épithélioma du dos de la main deux phases cliniques résultant d'un état anatomique différent et donnant à la maladie qui nous occupe un cachet spécial, souvent même une source d'indications thérapeutiques particulières. Nous diviserons donc notre symptomatologie en deux paragraphes :

1° *Période non ulcérée* ;

2° *Période ulcérée*.

Avant de commencer la description détaillée de ces deux paragraphes, il nous faut ajouter que notre division, quoique clinique, reste tout de même schématique. Ici, comme dans tous les cadres de classification, les limites ne sont pas mathématiquement bien tranchées; que si certains épithéliomas séniles restent pendant longtemps à l'état de simple petite tumeur sous-épidermique, d'autres, au contraire, présentant une malignité beaucoup plus grande et une rapidité d'évolution beaucoup plus considérable, s'ulcèrent rapidement et donnent le tableau complet de la seconde période.

1° Période non ulcérée. — Il s'agit le plus souvent d'individus âgés, appartenant pour la plupart à la classe ouvrière. Le début est très lent, insidieux et passe souvent inaperçu. Les symptômes peuvent être divisés en :

a) Signes physiques ;
b) Symptômes fonctionnels.

a) *Signes physiques.* — C'est la présence de la tumeur qui, le plus souvent, attire l'attention du malade. Elle siège sur la face dorsale de la main, souvent à la racine des doigts, d'autres fois au niveau du repli unguéal. Elle consiste en une *induration*, dont les limites sont, dès le début, très difficiles à préciser exactement. Cette induration, souvent aplatie, peut au contraire, dans certains cas, présenter une saillie arrondie en cerise, tout comme les verrues, dont la nature histologique est d'ailleurs très voisine de la sienne..

Elle présente ce caractère important, sur lequel nous reviendrons d'ailleurs au chapitre du diagnostic, de faire, dès son apparition, corps avec la peau. Si l'on essaie, en effet, de pincer et de mobiliser la peau au-dessus de cette

tumeur, on s'aperçoit qu'elle tient aux couches profondes de l'épiderme. Un des signes caractéristiques, dit Delbet, « c'est l'absence de toute circonscription, c'est l'impossibilité de percevoir nettement les limites de la tumeur ; on ne sent ni où elle commence, ni où elle finit, parce qu'autour d'elle, il y a toujours des portions à demi envahies.

Même dans la période préulcéreuse, la peau au-dessus de la tumeur n'est pas absolument saine ; elle présente cet aspect spécial, chagriné, de la peau d'orange, indice des adhérences malpighiennes.

Souvent, le cancer du dos de la main débute par une sorte de bouquet de papilles hypertrophiées, reposant ou non sur une base unique et englobées dans une gaine épidermique. Ce sont des granulations grosses comme des grains de millet, faisant une saillie hémisphérique. La coloration de ces tumeurs papillaires est grisâtre ou rosée et l'on distingue souvent dans leur voisinage des stries dont la teinte est plus vive, formées par des capillaires dilatés (Heurtaux).

D'autres fois, le cancroïde du dos de la main débute par un tubercule grisâtre ou rosé du volume d'un grain de froment. Cette production fait au niveau de la surface cutanée une saillie hémisphérique, inégale, lobulée et sessile.

Plus rarement, lorsque le cancer a pour point de départ des glandes sudoripares, la lésion présente une certaine largeur dès le début. La surface est limitée par un bourrelet ondulé, sinueux, de couleur grisâtre.

b) *Symptômes fonctionnels.* — Les symptômes fonctionnels de cette période sont très peu accentués.

La majorité des auteurs signale *le prurit,* dont la persistance présenterait un caractère diagnostique important C'est au niveau d'une ancienne cicatrice, d'une verrue,

qu'il se localise. Son intensité peut être assez grande, et l'on conçoit l'importance que ce symptôme peut avoir dans l'évolution de la maladie. Le porteur, en effet, est lui-même la cause d'une irritation continue qui peut influencer la marche de l'affection. De plus, le traumatisme ainsi produit provoque l'ulcération, et nous ne serions pas loin de croire qu'il doit contribuer à produire une véritable inoculation.

La *douleur* est un symptôme très peu marqué dans cette affection ; son absence même contribue à faire le diagnostic. On a vu des tumeurs épithéliales à marche lente être portées pendant de nombreuses années sans que le malade en fît aucun cas. D'autres fois, il se produit quelques sensations de picotements, une légère douleur sourde.

La *gêne fonctionnelle*, signalée par quelques auteurs, ne présente à cette période de début aucun caractère bien précis. Elle manque le plus souvent, à moins que la tumeur ne siège au niveau d'un pli articulaire, d'une jointure mobile (poignet, articulation métacarpo-phalangienne).

Un point important à noter, dès cette période de début, consiste dans la rapidité du *retentissement ganglionnaire*, sur lequel nous reviendrons. Il est erroné de croire que l'adénopathie cancéreuse attende pour se produire l'ulcération de la tumeur primitive. Surtout dans les formes à évolution rapide, cette adénopathie est très précoce et constitue un grand facteur de diagnostic.

2° Période ulcérée. — Ce stade de l'évolution anatomique est fatal. Sa production est une question de temps. Certaines formes s'ulcèrent beaucoup plus rapidement que d'autres ; nous voulons parler plus spécialement de la forme fissuraire et de la forme en choux-fleur.

a) *Signes physiques.* — La forme du cancer du dos de la main est très variable et ne se livre pas à une description unique.

La *forme fissuraire* est assez fréquente : il s'agit d'une fissure dont les bords sont taillés à pic et qui ne présente aucune tendance vers la cicatrisation. L'écartement des lèvres est assez restreint et l'induration est manifeste. Souvent, les lèvres se boursouflent, leur surface extérieure prend un aspect luisant, la peau s'amincit à leur niveau. Le versant extérieur est en pente douce et l'induration n'est pas délimitable. Sur ce versant peuvent apparaître, sous forme de petits grains, des nodules néoplasiques disséminés. La sécrétion est en général peu abondante ; elle est constituée par un peu de liquide louche, très légèrement teinté de sang. Remarquons en passant que cette forme fissuraire est en général assez douloureuse, mais par contre d'évolution lente.

Tout autre est la forme dite en *choux-fleur*. Ici l'aspect anatomique n'est pas le même. Déjà, dans la période précédente, la tumeur avait manifesté sa tendance à l'expansion extérieure par la formation d'une tumeur hémisphérique qui, quoique sessile, se détachait d'une façon très nette de la peau environnante.

Notre tumeur ulcérée présente à considérer un fond, un pourtour et une zone environnantes. Le *fond* est irrégulier, tomenteux, recouvert de bourgeons indurés, dont la surface cruentée est souvent le siège d'hémorragies. Dans les sillons qui les séparent, se dépose un magma constitué par du sang coagulé, de la sérosité purulente, des poussières ou de la crasse. Ce magma a une coloration brunâtre, qui tranche sur celle des bourgeons. Ainsi constituée, l'ulcération peut, à un certain moment, présenter une tendance à l'excavation : on voit le fond s'éliminer

progressovement ; les bords restant surélevés constituent une pente en entonnoir dont la surface n'est pas lisse ; c'est la forme *en cratère*.

Les bords du *choux-fleur* méritent une description spéciale. Ils sont épaissis, indurés comme le reste de la tumeur. Leur surface n'est souvent pas ulcérée. La limite de l'épiderme est irrégulière, et en certains points, l'ulcération envoie vers la périphérie une expansion plus ou moins longue. Ils peuvent être à pic sur leur côté externe, descendre plus rarement en pente douce vers la peau environnante, ou bien plus souvent déborder en dehors l'implantation de la tumeur, formant ainsi un sillon circulaire parfois assez profond.

La région environnante offre cela de particulier qu'elle se continue avec la tumeur et qu'elle présente, ou bien des travées indurées, indices d'une propagation, ou bien des nodules isolés dont la nature néoplasique ne fait aucun doute.

Une troisième forme à considérer est la *forme ulcéreuse*, qui est à opposer à la précédente. Ici, pas ou presque pas de saillie sur le plan environnant. A peine les bords un peu épaissis sont légèrement surélevés ; par contre, le fond est creusé ; la tumeur s'infiltre par sa base et se creuse en surface ; elle adhère très rapidement aux plans sous-jacents.

Dans toutes ces formes anatomiques, la sécrétion n'est pas très abondante. Elle est constituée par un liquide sanieux, épais, gris brunâtre, qui se coagule facilement sur l'ulcération et forme une croûte. Cette croûte, qui est à rapprocher des croûtes séniles ordinaires, peut avoir une certaine adhérence avec la tumeur. Puis un traumatisme, un contact un peu violent les fait tomber. A ce moment, il se produit parfois des hémorragies. La forme en choux-

fleur est celle qui provoque les plus fréquentes hémorragies. Les bourgeons saignent très facilement ; et il est des cas où les hémorragies répétées amènent une anémie extrême, dont l'effet néfaste s'ajoute à celui de la cachexie cancéreuse.

b) *Symptômes fonctionnels.* — Ici les symptômes fonctionnels sont beaucoup plus marqués. La *douleur,* qui a tant attendu à apparaître, peut acquérir une intensité telle qu'elle constitue à elle seule une indication opératoire. Elle est due à l'envahissement par le néoplasme des terminaisons nerveuses sensitives. Lorsque des troncs nerveux un peu plus importants sont atteints (cubital, radial), ces douleurs, d'abord limitées, prennent le type de névralgies irradiées rebelles, d'un traitement très difficile.

La gêne des mouvements devient plus considérable et arrive à supprimer la valeur fonctionnelle de tout le membre. Cette gêne est due à l'envahissement en surface de la tumeur, à la propagation en profondeur et enfin à l'infiltration des tendons des extenseurs. Plus tard, lorsque les divers plans souples ont été atteints, le néoplasme arrive au contact du squelette osseux, prend adhérence avec lui, rendant tout mouvement matériellement impossible.

Propagations. — Arrivé à cette période de son évolution et souvent déjà avant, le cancer du dos de la main présente des propagations qui peuvent être régionales ou à distance.

Les *propagations régionales* sont les suivantes : infiltration osseuse, tendineuse, nerveuse et vasculaire. La propagation ganglionnaire est à noter. Souvent, le ganglion épitrochléen se prend très précocement. L'adénopathie axillaire est constante. Les ganglions, d'abord libres, mobiles, se fixent entre eux et peuvent arriver à former de

grosses masses, qui remplissent tout le creux de l'aisselle et gênent considérablement les mouvements du bras; bien plus, par leur volume, ces ganglions compriment le paquet vasculo-nerveux, avec lequel ils forment des adhérences parfois très solides. On voit dès lors les troubles qui suivent : œdème du bras, douleurs névralgiques très intenses.

Les *propagations à distance* se produisent plus tard et ne diffèrent pas ici des autres généralisations cancéreuses. On a cité des cas de généralisation cutanée, viscérale, abdominale, cérébrale, etc.

En même temps s'installe la *période cachectique*. Les forces du malade déclinent rapidement, l'amaigrissement est rapide ; les hémorragies locales sont très anémiantes par leur répétition ; enfin les douleurs produisent de l'insomnie et la généralisation finit par emporter le patient.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

D'après les caractères que nous venons de reconnaître au cancer, il semble, *à priori*, que son diagnostic soit chose facile. Il est certain qu'en présence d'un épithélioma en choux-fleur, ulcéré, à évolution progressive et continue, s'accompagnant d'un retentissement ganglionnaire, le praticien a vite fait son diagnostic, tous les caractères précités formant un faisceau compact de preuves convergentes. Mais, à sa période de début, à un moment où le diagnostic précoce peut avoir une certaine importance à cause du traitement à opposer, la reconnaissance d'une tumeur épithéliale devient beaucoup plus difficile. Ceci tient à ces deux facteurs : 1° parce que le cancer du dos de la main ne présente à son début aucun signe pathognomonique suffisant par sa présence à fixer les idées ; 2° parce que, à cette période initiale, la néoplasie épithéliale maligne peut prendre différents aspects cliniques très variables pouvant facilement donner le change.

A la PÉRIODE PRÉ-ULCÉREUSE, le diagnostic est donc difficile. Il faut tout d'abord distinguer le cancer de la *verrue*. Au point de vue anatomo-pathologique, ces deux néoplasies sont très voisines, quoique d'un pronostic si différent. La verrue est une tumeur grisâtre, fendillée, dure, indolore, constituée par une hypertrophie papillaire de la

peau. Avec ces caractères, elle pourrait simuler un épithélioma ; toutefois, la distinction n'est pas difficile : la verrue se montre surtout chez les jeunes ; elle est rarement unique ; sa surface est sèche et, malgré ses irrégularités, ne suinte jamais ; elle fait nettement saillie au-dessus de la peau environnante et est bien délimitée. Si on soulève sa portion superficielle, on voit au-dessous un certain nombre de points rougeâtres, dus à la section des vaisseaux qui la pénètrent. L'épithélioma, au contraire, apparaît dans la seconde moitié de la vie ; sa surface, quoique recouverte d'une croûte sèche, sécrète un peu ; quand la croûte tombe, on trouve une surface humide, parfois bourgeonnante. Un autre signe différentiel est tiré par l'évolution : la verrue reste à peu près stationnaire ; l'épithélioma, au contraire, gagne toujours. La chose se complique par les cas mixtes de dégénérescence épithéliomateuse des verrues ; cela se voit à la suite d'irritations locales ou de certaines prédispositions générales qui nous échappent.

Les *cornes* sont des excroissances épidermiques qui se développent chez des vieillards à la suite de frottements répétés. Elles ont, par conséquent, ces deux points d'étiologie communs avec les épithéliomas. De plus, elles présentent ces caractères d'être uniques le plus souvent, indolentes, et de siéger sur la face dorsale de la main. La nature anatomo-pathologique est très voisine de celle des épithéliomas ; aussi, doit-on surveiller de très près l'évolution de ces tumeurs chez les vieillards. Elles se distinguent par ce fait que leur évolution est extrêmement lente et qu'elles sont très nettement délimitées. De plus, leur ulcération est exceptionnelle. Inutile de dire qu'elles ne s'accompagnent d'aucun retentissement ganglionnaire.

Par contre, tout comme les verrues, leur transformation épithéliomateuse a été signalée.

Le *condylome cutané* est pédiculé ; il est, de plus, ramifié ; cela lui donne une apparence très spéciale et sa nature bénigne est vite reconnue.

La *kéloïde* est une tumeur fibro-plastique développée dans l'épaisseur du derme. Elle se développe habituellement sur des cicatrices. Elle présente un aspect allongé, une forme étoilée ; sa consistance est dure ; sa surface est recouverte de peau lisse, brillante, amincie, dont l'ulcération est rare. Elle est plus fréquente chez les jeunes et ne présente aucune tendance à l'ulcération.

Les *lipomes* de la main sont rares ; parfois congénitaux. Ils se développent dans la couche sous-cutanée ou même sous-aponévrotique ; ils siègent plus souvent sur la face palmaire que sur la face dorsale. Ce sont le plus souvent des lipomes purs ou des fibrolipomes ; ils sont mous, bosselés, de forme variable, n'adhèrent pas à la peau qui, au début tout au moins, ne présente aucune modification. Parfois ils présentent une fausse fluctuation, qui les a fait confondre avec des kystes hydatiques, des kystes synoviaux, des enchondromes.

Les fibromes sont également très rares ; ils peuvent siéger à la face profonde du derme, au niveau des tendons, des gaines ou du périoste. Ce sont des tumeurs indolentes, à marche lente, pédiculées ou sessiles ; leur volume reste petit, leur consistance ferme ; ils n'ont aucune tendance à l'ulcération.

Les *sarcomes* sont plus fréquents ; ils s'observent plus fréquemment dans la première moitié de la vie. Ils peuvent naître soit dans le derme, les gaines synoviales, l'épaisseur des tendons le périoste ou même l'os. Ce sont des tumeurs indolentes au début, qui deviennent doulou-

reuses par compression. La peau est ordinairement intacte, mobile. Même lorsqu'elle est distendue par la tumeur sous-jacente, elle n'est pas infiltrée. La tumeur est bosselée, sa consistance peut être variable, suivant les points. Parfois, sous l'influence d'un traumatisme, la néoplasie devient douloureuse, rouge, elle se ramollit et se recouvre d'une ulcération fongueuse, saignant facilement.

Les *carcinomes* sont très rares à la main ; ils affectent la forme médullaire ou encéphaloïde, plus rarement mélanique. On les rencontre sur des sujets de tout âge ; leur diagnostic est difficile au début ; ils constituent des masses fusiformes globuleuses.

A la *période d'ulcération*, le diagnostic est plus facile, car les caractères de l'épithélioma sont beaucoup plus nets. Toutefois, certaines hésitations peuvent parfois se produire.

Les *ulcérations tuberculeuses* sont en général assez rares ; elles se montrent plus particulièrement chez l'enfant Le manifestations de la scrofule sont le plus souvent multiples et sont précédées d'engorgements ganglionnaires. Blum dit : « L'épithélioma se distingue des ulcérations scrofuleuses par l'existence d'une tuméfaction, d'une induration formant base à l'ulcération, par l'état général et par la marche de l'affection ». De plus, l'aspect des ulcérations tuberculeuses ne rappelle pas celui de l'épithélioma. Elles ont un fond rougeâtre blafard ; les bords sont mous, minces, irréguliers et décollés. Il n'existe presque jamais d'induration profonde ; enfin, l'évolution est totalement différente, l'ulcération tuberculeuse présentant une tendance à la guérison.

Les *ulcérations syphilitiques* de la main ont été quelquefois prises pour des épithéliomas. Le chancre induré, par son aspect, son induration, peut donner le change ;

mais dans ces cas on trouve des antécédents ou des phénomènes concomitants et, de plus, l'évolution fixe assez rapidement le diagnostic ; enfin, en cas d'hésitation persistante, le traitement spécifique mercuriel lèvera tous les doutes.

Les ulcérations syphilitiques consécutives aux gommes tertiaires sont facilement distinguées par leur multiplicité, le peu d'induration de leurs bords, les accidents syphilitiques concomitants. De plus, l'aspect de l'ulcération n'est pas le même ; sa forme est arrondie ; le fond pseudo-membraneux, grisâtre, humide, donne issue à un pus verdâtre, épais ; les parties voisines ont une teinte cuivrée caractéristique.

Les *ulcérations sporotrichosiques* sont la conséquence fréquente de l'évacuation spontanée ou plus souvent chirurgicale d'un abcès hypodermique. Les bords sont tantôt boursouflés, tantôt amincis et décollés. Ils limitent une ulcération suintante, atone, indolente, parfois étendue, pouvant simuler les lésions tuberculeuses (Gaucher).

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le cancer du dos de la main présente une gravité assez considérable, mais variable, suivant les formes anatomiques. Ceux qui évoluent lentement, sous forme d'une légère croûte sénile peu profonde ou peu exubérante, peuvent durer de nombreuses années sans grande manifestation grave. Au contraire, les cancers secondaires, les cancers de jeunes, les épithéliomas en choux-fleur marchent beaucoup plus rapidement.

Dans l'évolution de cette affection, il est un point que nous devons faire ressortir : parfois une croûte sénile, même ulcérée, reste stationnaire pendant de longues années, ne s'étend pas localement et ne présente qu'une légère adénopathie sans importance. Le malade est tout à fait rassuré devant cet état de choses bien peu alarmant. Puis brusquement, sans raison appréciable ou sous l'influence d'un traumatisme ou d'un traitement conservateur mal appliqué, la tumeur se met à évoluer avec une plus grande rapidité. Dans ces conditions, c'est surtout du côté du retentissement ganglionnaire que l'aggravation est le plus manifeste ; ces cancers qui paraissent bénins deviennent rapidement inopérables et sont le siège d'hémorragies parfois rebelles.

Comme le fait remarquer Le Couëndic (thèse Paris, 1902-

1903, n° 13), le pronostic est difficile à préciser par ce fait que ces cancers sont souvent opérés de bonne heure et que le chirurgien ne revoit pas son malade et ne peut pas le suivre.

La récidive n'est pas rare ; elle se fait presque toujours sur place ; elle ne présente pas plus de gravité que la lésion primitive, mais marche plus vite.

Un facteur de pronostic est constitué par les éléments étiologiques. L'âge du malade a une grande importance ; le cancer sénile, la crasse des vieillards présentent une évolution très lente, un retentissement ganglionnaire peu considérable et une tendance à la propagation peu marquée. Au contraire, le cancer secondaire, chez un jeune, a une évolution plus rapide, s'accompagne d'une grosse adénopathie et récidive souvent.

Etant donné son siège, une intervention précoce et peu économique met, en définitive, assez à l'abri d'une récidive ; on peut dire, en terminant, que, soigné à temps, le cancer du dos de la main est sévère si on envisage le sort du membre atteint, mais que le pronostic *quoad vitam* n'est pas très sombre.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Si l'on prenait à la lettre l'ancienne dénomination de l'épithélioma « noli me tangere », on ne devrait jamais toucher à cette lésion (Gaucher). Il est certain que, quelle que soit la méthode utilisée, il vaut mieux ne pas entreprendre un traitement que de détruire incomplètement la tumeur et de laisser un foyer de récidive.

Les *soins prophylactiques* pourront être pris chez des vieillards séborrhéiques pour prévenir le développement d'un cancer du dos de la main ; il consiste à entretenir la propreté des téguments par des lotions au savon, à l'alcool et à l'eau chaude. Ces précautions de pure hygiène sont simples et donnent de très bons résultats, même dans les croûtes séniles.

Le cancroïde du dos de la main étant un cancer superficiel, on lui a appliqué les diverses méthodes chimiques et physiques conseillées de tout temps dans le traitement des tumeurs cutanées. Nous les passerons rapidement en revue.

Cautérisation ignée. — Les petits cancers bien délimités, pas étendus, pourront être traités avec résultat comme les verrues par la cautérisation ignée, à la lame du thermocautère ou du galvanocautère. Il faut détruire lar-

gement le siège du mal, dépasser les bords. Gaucher conseille de faire ensuite le pansement en imbibant la plaie de poudre de chlorate de potasse. Ce traitement consistant dans l'association de la cautérisation ignée et de l'application d'une pommade au chlorate de potasse, constitue, à mon avis le traitement de choix de l'épithélioma cutané (Gaucher).

Caustiques chimiques. — L'*arsenic* est une des substances les plus utilisées. Les pâtes arsenicales ont eu autrefois beaucoup de vogue. On l'utilisait sous forme d'*acide arsénieux* ; on fait tomber la croûte par un pansement humide, puis on recouvre la tumeur de ce caustique délayé dans de l'eau en consistance de pâte. Souvent on observe, à la suite de ces applications, des phénomènes réactionnels locaux qui peuvent être intenses (inflammation périphérique, gonflement) ; d'autres fois, dans des tumeurs d'une certaine dimension, on peut avoir des phénomènes d'intoxication.

Comme caustique chimique, on a également utilisé d'autres substances ; le chlorure de zinc, l'acide lactique, l'acide acétique, la résorcine, la pyoctamine, l'acide picrique. Certaines spécialités ont même acquis un certain renom : la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin.

Le râclage. — Préconisé par quelques auteurs, le râclage à la curette n'est utile que pour les cancers très superficiels. Il a le tort d'avoir une action incomplète, de laisser souvent des bourgeons pouvant, par leur greffe, être le point de départ de récidives.

Le traitement électrique. — Il peut être employé sous diverses formes et a donné lieu à quelques résultats.

L'étincelle électrique a été employée avec succès dans

les petits épithéliomas papillaires. Indépendamment de son action destructive, cette méthode a l'avantage d'activer notablement le processus de guérison. Ce sont des étincelles de haute fréquence ; leur application n'est pas douloureuse, les premières produisant une légère anesthésie de la région.

Radiothérapie. — La radiothérapie a été, ces derniers temps, la méthode en vogue pour le traitement du cancer cutané. Depuis, des cas malheureux ont rendu les praticiens plus prudents dans son emploi. Toutefois, le cancer du dos de la main est, par sa situation topographique, un de ceux qui peuvent en tirer le plus grand bénéfice. Gaucher n'en est pas très partisan : « Ils guérissent l'épithélioma cutané comme le ferait la cautérisation ignée, mais beaucoup plus lentement, à beaucoup plus de frais et avec les dangers des radiodermites. »

Les rayons X provoquent la destruction des cellules, avec une action élective sur la couche de Malpighi et la couche cornée. Le traitement radiographique est long, dispendieux et parfois infidèle. Mais dans des cas de cicatrisation cutanée, on a signalé des récidives ganglionnaires. Enfin, la manipulation de la méthode est délicate ; elle nécessite des personnes expérimentées, sous peine d'entraîner des complications parfois graves, toujours ennuyeuses. En définitive, on peut s'en servir tout à fait au début, mais pour peu que la méthode échoue, ne pas s'attarder inutilement.

Radiumthérapie. — Elle constitue une méthode beaucoup plus importante et d'une plus grande portée. Les applications de radium auraient donné des résultats remarquables (Gaucher).

Le radium agit par rayonnement. Il envoie autour de

lui des rayons spéciaux, ébranlements ondulatoires de l'éther, analogues aux rayons X. Ces rayons agissent par ionisation, c'est-à-dire décomposition des atomes de gaz en ions électrisés.

Les sels de radium, en poudre ou en pâte, sont étalés sur des appareils spéciaux, qui sont appliqués sur le néoplasme.

D'après Danlos, ce traitement agirait non seulement dans les formes superficielles, mais aussi dans celles où l'infiltration a gagné tous les tissus mous. Les appareils peuvent rester en place 24 heures et plus ; les phases de guérison sont les suivantes : 1° phase de huit jours, où les cancroïdes restent indifférents ; 2° phase où le volume commence à décroître, pendant que se produit une chasse séropurulente ; une troisième phase d'assèchement et d'épidermisation de la surface.

Fulguration. — La fulguration produit théoriquement des résultats analogues à ceux de la carbonisation. Son application nécessite deux temps : le temps chirurgical et le temps électrique ; l'anesthésie générale est indispensable. Après la séance, la plaie est le siège d'une lymphorrée très abondante. Les résultats produits par cette méthode ne sont pas bien nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion pratique. Bien plus, dans les autres régions la fulguration n'a pas toujours été heureuse. En somme, après avoir donné de grandes espérances, cette méthode n'offre qu'un avantage secondaire.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical est beaucoup plus important et celui qui rallie la majorité des suffrages. A part les très petits épithéliomas durs, séniles qu'on pourrait traiter avec la méthode chimique, tous les autres doivent être soignés par l'extirpation.

Au dos de la main comme partout ailleurs, l'extirpation large et précoce au bistouri est la même qui met le plus souvent à l'abri d'une récidive. Pour les cancers à leur début, lorsqu'aucune adhérence ne s'est encore produite avec les organes profonds (tendons, squelette), l'excision est très simple. Elle ne nécessite, le plus souvent, qu'une anesthésie locale. La cavité de la peau à ce niveau est très bien faite pour combler la brèche produite par l'extirpation de la tumeur. Lorsque l'excision a été trop large et que la réunion immédiate est impossible, on peut ou bien laisser bourgeonner la plaie, ce qui est long et entraîne l'adhérence des tendons, ou bien faire une autoplastie. La méthode italienne est tout indiquée ; la peau de la poitrine peut très bien servir.

Lorsque la tumeur adhère au plan osseux, plutôt que de faire une opération économique, qui n'exclut pas les chances de récidive, il est bien préférable de se résigner à une amputation de l'avant-bras, ou même du bras, pour peu que la lymphangite cancéreuse monte un peu haut.

CONCLUSIONS

I. Les épithéliomas du dos de la main, quoique assez rares, méritent une étude spéciale à cause de leur forme clinique et de leur siège.

II. — Ils apparaissent surtout dans la seconde moitié de la vie, sont influencés par les traumatismes et se développent souvent sur d'anciennes cicatrices ou des tumeurs bénignes.

III. Ce sont des épithéliomas pavimenteux stratifiés pouvant présenter des globes épidermiques, ce qui s'accompagne d'une évolution clinique lente.

IV. Leur diagnostic est facile, en général ; il devient délicat lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer au début.

V. Le pronostic est habituellement bénin.

VI. Diverses méthodes ont été proposées. Le traitement de choix est l'excision précoce.

OBSERVATIONS

Observation première

(Personnelle.)

Femme X.., 68 ans, habitant Petreto (Corse), vint, il y a quatre ans, nous faire examiner une tumeur développée sur la face dorsale de sa main droite.

Cette tumeur, toute petite au début et causée d'après la malade par une plaie contuse peu grave, avait évolué d'abord lentement ; depuis deux ou trois mois, elle augmentait de dimensions, sans réaction inflammatoire ; elle siégeait sur la partie dorsale du deuxième métacarpien qu'elle débordait en dedans et en dehors et avait le volume d'un œuf de pigeon ; très adhérente à la peau, elle était mobile sur les plans profonds, et présentait à son centre une ulcération sanieuse à bords irréguliers et bourgeonnants. Ces bourgeons charnus étaient noirâtres et de consistance assez dure.

Nous avons pratiqué l'extirpation de cette tumeur par deux incisions elliptiques dont l'axe était parallèle à l'axe de la main. Nous avons fait un grattage du plan profond. Cicatrisation. Pas de récidive.

Observation II

(Inédite).
Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran.

M. X..., 65 ans, entre à l'Hôpital Suburbain, en août 1907, dans le service de M. Tédenat, que je supplée.

Rien dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Présente depuis six mois une ulcération sur le dos de la main à caractère spécifique.

A l'examen, on voit une ulcération bourgeonnante, du volume d'une pièce de 5 francs, développée sur la face dorsale de la main gauche, au niveau des quatrième et cinquième métacarpiens.

On ne trouve pas de ganglions.

Il n'y a pas de douleurs. Cette ulcération saigne facilement.

Le 15 août 1907, ablation de la tumeur sous anesthésie générale. L'écartement des lèvres de la plaie est tel qu'on ne peut les réunir au milieu.

Cicatrice par deuxième intention.

Le malade sort guéri fin septembre.

Pas de récidive.

Observation III

(Inédite).
(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran).
Épithélioma de la main et de la joue.

R..., 48 ans, cultivateur à St-Laurent-d'Aigouze.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Présente depuis quatre mois environ une ulcération à la joue gauche, située à quatre centimètres environ de l'aile

du nez et de la commissure labiale. Cette ulcération a pris ces derniers temps de très fortes proportions.

En même temps, sur la face dorsale de la main droite, s'est développé un nodule qui s'est ulcéré depuis la même époque.

L'ulcération de la joue est rougeâtre, présentant sur ses bords des bourgeons charnus, friables, qui saignent facilement. La joue n'est pas perforée. Cette ulcération, irrégulièrement circulaire, a deux centimètres de diamètre à peu près.

A *la main*, sur la face dorsale du premier métacarpien, un nodule du volume d'une noisette, avec ulcération cratériforme d'un demi-centimètre de profondeur environ et d'un centimètre et demi de diamètre.

Opération le 5 janvier 1910, sous anesthésie générale

En décembre 1909, on excise la tumeur ulcérée de la joue et celle de la main. Suture dans les deux cas. Cicatrisation par première intention. Guérison.

Pas de récidive.

Observation IV

(*In* Thèse de Gamier, Bordeaux).

André M..., 70 ans, carrier.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Il y a trois ans, apparition sans douleur, sur la face dorsale de la main gauche, d'une croûte jaunâtre, grosse comme une lentille.

Cette croûte, souvent enlevée par grattage, s'est toujours reformée lentement. Depuis trois mois, elle a augmenté de volume ; la seule indication (tentée par un empirique) a été l'application de tabac à priser sur la lésion.

A son entrée à l'hôpital, on trouve une plaque indurée,

saillante, mesurant 5 centimètres sur 2 1/2, couverte de croûtes noires, formée en grande partie par le tabac à priser dont le malade se saupoudrait ; les bords, légèrement rougeâtres et abrupts, sont surélevés d'un demi-centimètre environ. Sous la croûte, on trouve une ulcération inégale rougeâtre et saignante ; la peau, indolente, est mobile sur les parties profondes. Pas d'altération de l'état général.

Le malade n'a pas été revu.

Observation V

Ibid.

Arnaud B..., 74 ans, tonnelier.

Antécédents héréditaires. — Sa mère avait des croûtes séniles au visage.

Antécédents personnels. — N'a presque jamais travaillé au grand air ou à la lumière solaire.

L'affection a débuté, il y a six ans. Au début, croûte siégeant à la partie moyenne du deuxième espace interosseux dorsal droit, grosse comme une lentille, sèche, noirâtre, un peu surélevée, très adhérente aux parties sous-jacentes ; elle tomba plusieurs fois, laissant à découvert une surface rougeâtre saignant facilement. Au bout de trois ans de cet état, augmentation de volume et d'étendue de la tumeur ; enfin, depuis un an, elle aurait augmenté d'un tiers, devenant plus saillante, plus fongueuse. Actuellement, tumeur irrégulière circulaire de 2 centimètres de diamètre et de un demi-centimètre de saillie, développée au niveau des 2e et 3e métacarpiens. Au centre, dépression d'où s'écoule un liquide jaunâtre ; elle est recouverte de croûtes noires, molles, se détachant facilement, mettant à nu une surface fongueuse ; saigne peu, mobile sur les

plans sous-jacents. Pas de ganglions épitrochléens et axillaires. Excision et greffes artificielles.

Excellent résultat.

Observation VI

In Thèse Astié.

B. A..., âgé de 50 ans, cultivateur. Entré le 23 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer du nez ; grand-père paternel avait de l'épithéliomatose disséminée de la face. Une tante paternelle avait aussi la même lésion.

Pas d'antécédents personnels.

Etat actuel. — Début, il y a dix ans environ, par les deux joues dont toute la surface est prise. D'abord, rougeur de la peau, puis une croûte plus ou moins épaisse qui disparaît sans traitement. Actuellement, joue gauche présente au niveau de la pommette une croûte, noirâtre à son centre, ayant la forme d'un losange, ouverte en son milieu et laissant voir une ulcération datant de deux mois et augmente de volume après l'application d'alcool. Sur la joue droite, au même niveau, trois petites croûtes jaunâtres très peu épaisses ; à la partie inférieure de la joue droite, petit kyste épithélial recouvert d'une croûte jaune laissant voir un point ulcéré. Sur la paupière inférieure droite, production épithéliale ressemblant à une verrue tombant souvent d'elle-même ; sur le nez, mêmes productions épithéliales ; sur la main gauche, au niveau du 2e métacarpien et sur la face dorsale, siège une tumeur ayant une forme ovalaire et à dimensions suivantes :

Longueur, 4 cm. ;
Largeur, 2 cm. ;
Epaisseur, 1 cm.

La croûte superficielle enlevée, on voit au centre une production sébacée ; les parois sont très nettement une production épithéliale. La tumeur date de six mois et augmente après application de pommades ; pas de ganglions épitrochléens ni axillaires.

24 mai. — On excise cette tumeur après chloroformisation du malade. Les deux lèvres de la plaie sont rapprochées par des fils d'argent. Guérison.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Observation VII

Ibid.

X..., homme de peine, 60 ans.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Tumeur exubérante siègeant sur la partie dorsale et au niveau de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien de la main droite.

Elle a débuté par une légère papule de couleur rougeâtre, il y a environ trois mois. Les nombreux traumatismes et le frottement ont contribué à l'ulcération de cette papule, qui n'a pas cessé de s'accroître, quoique lentement Elle a actuellement les dimensions d'une pièce de 2 francs.

La partie centrale qui surplombe la base, a un aspect fongueux, un peu jaunâtre, saignant facilement ; la partie ulcérée ressemble, par son aspect, à une ulcération de nature tuberculeuse ; la base, à contours limités, est rouge et entourée d'un liseré violet. Point de gêne dans les tendons extenseurs. Absence complète de ganglions épitrochléens et axillaires. On pense, tout d'abord, à une tuberculose cutanée.

On extirpe la tumeur que l'on circonscrit entre deux in

cisions formant une ellipse à grand axe dans la direction de l'arc de la main, dans l'espoir d'obtenir une réunion immédiate, le glissement étant plus facile dans ce sens. Trois points de suture et un pansement iodoformé, doigts et mains en extension complète. Au bout de huit jours, on enlève les points de suture, mais le malade mettant le pouce en opposition, les bords de la plaie s'écartent, et l'on ne peut obtenir qu'une réunion par seconde intention. Au bout de la troisième semaine environ, le malade sort guéri et n'a pas eu jusqu'ici de récidive.

L'examen histologique révèle une tumeur épithéliale à type épidermique.

Observation VIII

Ibid.

L. M..., 52 ans, femme de campagne.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Plaques de séborrhée sur la face.

Il y a deux ans, on a vu apparaître sur la face dorsale de la main droite une ulcération ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs et qui ne cède point aux pommades d'un cordonnier-médecin de Villefranche. La plaie, au contraire, ne fait que progresser et incommode la malade beaucoup plus par son odeur que par la douleur qu'elle provoque.

A son entrée, toute la face dorsale est occupée par une plaie à bords mamelonnés, irréguliers, saignant facilement et dégageant une odeur infecte. Il existe des ganglions épitrochléens et une forte masse ganglionnaire dans l'aisselle. On n'en perçoit pas dans le creux sus-clavicu-

laire. La malade est amaigrie, mais cependant l'état général n'est pas trop mauvais, l'appétit s'étant conservé.

L'extirpation de la tumeur n'est point possible sans sacrifier le membre, les espaces osseux étant envahis par la néoplasie.

On décide l'amputation qui est pratiquée au tiers moyen de l'avant-bras le 25 avril 1895. On n'essaie pas d'enlever les ganglions.

Suites immédiates excellentes.

Observation IX

Ibid.

Mme X..., femme de campagne, âgée de 70 ans.

Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

Depuis l'âge de 10 ans, la malade aurait une petite tumeur de la grosseur d'un pois, mobile sous la peau, et siégeant à la partie supérieure du premier métacarpien de la main gauche. S'étant grattée, la tumeur s'ulcère et prend alors, dit la malade, l'aspect d'une verrue saignant au moindre contact. Elle emploie différentes pommades et la tumeur met deux ans à prendre la dimension d'une pièce de 5 francs. Cette tumeur a la forme d'un champignon, irrégulièrement arrondi, à bords retournés en dehors, en un mot le type du cancroïde ; ulcération centrale, profonde et remplie de matière sébacée, pas de ganglions ni au coude ni à l'aisselle ; le 5 janvier 1889, amputation du poignet à lambeau palmaire faite par M. le docteur Labédac. Suppuration du lambeau et guérison au bout d'un mois environ.

La malade, revue très souvent depuis, se porte bien. Pas de ganglions.

Observation X

Ibid.

L. Pierre, cultivateur. L'épithélioma a débuté il y a six ans par une verrue sur la face dorsale de la main gauche. Indolore d'abord, cette verrue devient peu à peu douloureuse. Pas de traumatisme. Par l'application de pommades, le néoplasme augmente et la main finit par être envahie. Surface sanieuse à odeur fétide.

Amputé, le 5 août 1894, de l'avant-bras au lieu d'élection. Guérison.

Observation XI

Ibid.

La nommée Françoise R..., âgée de 74 ans, de Toulouse, entrée en décembre 1892.

Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

Elle présente sur le dos de la main droite une tumeur cornée et fissurée, large comme un écu de 5 francs. Ce néoplasme saigne de temps à autre depuis un an. Il serait consécutif à une verrue que la malade portait depuis plus de vingt ans. Au-dessus de l'épitrochlée, une masse ganglionnaire enflammée et cancéreuse du volume d'une pomme ordinaire, très adhérente aux parties voisines. Pas d'adénopathie axillaire apparente. Bon état général.

Le 17 octobre, amputation du bras au tiers moyen. Réunion par première intention. Un mois après, M. Chalot remarque dans l'aisselle droite le développement de ganglions lymphatiques. Evidement axillaire le 7 février 1893.

La malade meurt de grippe le 18 février.

A l'autopsie, on trouve un épanchement pleurétique à droite. Pas de généralisation viscérale, pas de ganglions au-delà de l'aisselle droite.

Examen histologique de la tumeur primitive et des ganglions sus-épitrochléens et axillaires a démontré la présence d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Observation XII

Ibid.

M..., cultivateur, 60 ans, de Villefranche-de-Lamazières.

Antécédents personnels et héréditaires. — Nuls.

Il y a un an et demi, sans traumatisme, apparition d'un bouton sur lequel se formait une croûte brunâtre, tombant par grattage et découvrant une surface excoriée. Cette petite ulcération s'est agrandie ; base indurée, bords durs et irréguliers. Application de topiques ne fait qu'aggraver cette ulcération.

Tumeur non douloureuse, mobile avec la peau, ne gênant pas les mouvements de la main, est excoriée et rugueuse, a la forme et la grosseur d'une châtaigne surélevée de 15 mm. environ.

Deux ou trois petits ganglions dans l'aisselle. Excision, suture, guérison. Les ganglions disparaissent.

L'examen histologique fait par M. le professeur Herrmann montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé. Sur les coupes, on constate que la néoplasie n'a pas dépassé la limite inférieure du derme.

Observation XIII

Ibid.

X..., âgé de 60 ans ; porte, depuis plusieurs années, sur la partie médiane du dos de la main droite, une verrue

indolente et ne s'accroissant pas de façon sensible. Elle a grossi depuis un an environ et la peau avoisinant la base de ce néoplasme est devenue rouge et douloureuse.

En septembre 1887, il est examiné et on diagnostique un papillome en voie de dégénérescence épithéliale ; pas d'ulcération ; élevure en tronc de cône recouverte de masses épidermiques reposant sur une base indurée et inflammatoire.

Téguments mobiles ; pas de ganglions ; excision circulaire ; cicatrisation rapide.

Guérison ; pas de récidive en 1893, époque où le malade fut revu pour la dernière fois.

A l'examen histologique, cancer épithélial.

Observation XIV

In Thèse Labiche.

H. P..., 80 ans, cocher.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Il y a environ deux ans, il s'écorcha la face dorsale des deux mains en retirant un sac de sa voiture, et ne s'occupa pas ces égratignures.

Elles se couvrent de croûtes, qui tombent souvent et réapparaissent. Au-dessous, ulcération rouge, sécrétant une sérosité jaunâtre.

Un an après, l'ulcération de la main droite était restée superficielle ; celle de la main gauche, bourgeonnée, du volume d'un œuf de poule, fut diagnostiquée épithélioma pavimenteux par le professeur Lefort.

Ablation de la tumeur par ligature élastique. La cicatrisation devint le point de départ d'un nouveau bourgeonnement qui eut, un an après, l'aspect d'un champignon épithélial, gênant, mais non douloureux.

Nouvelle opération par la ligature extemporanée ; la tumeur, friable, se coupe et tombe, laissant à nu une ulcération bourgeonnante, avec gros vaisseaux, que l'on cautérise, puis que l'on comprime avec des rondelles d'amadou.

Quelques jours après, nouveaux bourgeonnements de la plaie, qui ne purent être traités, le malade étant sorti sur sa demande.

Observation XV

Ibid.

A. A..., 65 ans, vigneron.

Antécédents personnels nuls.

A l'âge de huit ans, luxation du coude droit, mal réduite. A dix-huit ans, chute de cheval et fracture du poignet du même côté. Trois mois après, petite tumeur noirâtre sur le dos de la main droite. Une pommade caustique, appliquée par un guérisseur, fit disparaître la tumeur et amena la cicatrisation se la plaie.

Il y a huit ans, A... s'aperçut qu'il se développait sur sa cicatrice une nodosité, non douloureuse, et de la grosseur d'une verrue. Trois cautérisations au fer rouge sans résultat.

Le docteur Malherbe, consulté en 1885, porte le diagnostic d'épithélioma. Il enlève au bistouri les parties malades en désarticulant le petit doigt et son métacarpien, siège de la tumeur. Cautérisation en trois semaines, mais récidive quelques mois après, avec empâtement douloureux et rougeur légère au niveau de la plaie. Les douleurs gagnèrent progressivement le poignet, l'avant-bras, puis le coude.

Les ganglions axillaires étaient sains, mais les douleurs

si fortes que le bras fut amputé en 1888. Guérison. Pas de récidive.

A l'examen histologique de la pièce, on trouve des masses épithéliales à cellules fortement dentelées et ressemblant aux cellules du corps muqueux de Malpighi.

Observation XVI

Ibid.

Duc, 81 ans.

Antécédents héréditaires et personnels : rien.

Beaucoup de verrues dans sa jeunesse, qu'il coupait, puis brûlait avec du sulfate de cuivre et de l'alcool. Tout était disparu quand, à quatorze ans, le malade s'aperçut que sur le dos de la main gauche siégeaient trois petites tumeurs, qu'il qualifiait de verrues. Ces verrues étaient séparées l'une de l'autre par des espaces de peau saine, mais elles avaient tendance à se réunir. Plus tard, la tumeur devenue douloureuse, le malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-Antoine. Sur le dos de la main gauche, vers la partie moyenne, se trouvait une ulcération de forme arrondie et de trois ou quatre centimètres de diamètre. Elle présentait un milieu jaunâtre, sanguinolent, sanieux, à fond bourgeonnant. Les bords étaient durs, taillés à pic et d'une couleur écarlate. De place en place, on apercevait des traînées purulentes, et en serrant la plaie on voyait filtrer des gouttelettes de pus mélangées de sang.

Excision de la tumeur. Guérison. Pas de récidive.

A l'examen histologique, on a trouvé que les papilles du derme étaient devenues plus minces, plus profondes, tandis que les prolongements intercalaires du tissu malpighien s'enfonçaient davantage.

Les prolongements sont tantôt minces, s'enfonçant à la façon d'un clou dans l'épaisseur du derme, tantôt épais, sous forme de massue. Vers le centre de la tumeur, on rencontre un prolongement énorme avec des bourgeons latéraux. C'est au niveau de ces bourgeons que l'on rencontre des globes épidermiques, puis des noyaux de cellules épithéliales coupées sous des incidences variées et formées uniquement de cellules malpighiennes non encore arrivées à la transformation cornée.

Entre ces différents éléments, le derme est infiltré de leucocytes.

Guérison.

Pas de récidive en ce qui concerne la main gauche, mais sur la peau dorsale de la main droite on relève trois ou quatre plaques grisâtres d'aspect croûteux, d'une longueur de 1 cent. sur 5 mill. de largeur environ. Mêmes points grisâtres à la tempe droite et à la pommette de la joue A gauche aussi, deux légers points blanchâtres.

BIBLIOGRAPHIE

Bayle et Cayol. — Dict. des Sciences médicales, t. III, Paris, 1757.

Behrends. — Production cornée de la main. Arch. de Méd., 1827.

Broca. — Tumeurs dites cancéreuses. Thèse Paris, 1849.

Bergot. — Tumeur cornée du dos de la main. Bulletin Soc. Chir., 1855.

Bœckel. — Cancer épithélial du dos de la main. Gaz. des Hôpitaux, 1865.

Blum. — Chirurgie de la main, 1882.

Blum et Mathias-Duval. — Arch. Génér. de Médecine, 1883.

Broca. — Cancroïdes cutanés. Gazette de Méd. et de Chir., 1889.

Brocq et Besnier. — La pratique dermatologique, 1901.

Chassaignac. — Cancer de la main. Abeille Médicale, 1852.

Cartar. — Cancroïde développé au doigt sur du psoriasis. Bull. de la Société anatomique, 1877.

Cosson. — Etude sur les tumeurs de la main. Th. Paris, 1879.

Denonvilliers. — Ulcère cancéreux d'un doigt. Bull. Soc. Anat., 1843.

Dupuy. — Du cancroïde. Thèse Paris, 1855.

Demarquay. — Tumeur cancroïdale de la main. Gaz. des Hôp., 1869.

Dumenil. — Epithélioma du cinquième métacarpien. Bull. Soc. Chir., 1872.

Dubuclet. — Essai sur épithélioma du pied. Th. Paris, 1874.

Demay. — Tumeurs de la main. Th. Paris, 1880.

Davillé. — Epithélioma des orteils. Th. Paris, 1880.

Desfosses. — Théorie épithéliale du cancer. Th. Paris, 1882.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Erichsen. — Epithélioma of the hand. The Lancet, 1859.

Echevin. — Epithélioma des doigts. Thèse Lille, 1896.

Follin. — Traité élémentaire de pathologie externe, 1869.

Heurteaux. — Productions cornées de la main. Dict. Méd. et Chir., 1872.

— Du cancroïde en général. Thèse Paris, 1860.

Huguier. — Cancroïde des glandes sudoripares. Bull. Soc. Chir., 1860.

Hannover. — Das épithélioma, 1852.

Jobert de Lamballe. — Cancer de la main. Gaz. des Hôp., 1843.

Jarjavay. — Cancroïde de la main. Thèse Paris, 1856.

Jansion. — Epithélioma des cicatrices. Thèse Paris, 1876.

Liston. — Intractable tumour of the hand. The Lancet, 1837.

Lebert. — Cancroïde papillaire des deux mains. An. Path. Gén. et spéc., 1857.

Lawrence. — Cancroïd induration in the hand. Lancet, 1863.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Labiche. — Epithélioma de la main. Thèse Paris, 1897.

Monory. — Tumeurs solides des doigts. Thèse Paris, 1878.

Morrigia. — Production cornée de la main. Gazetta Medic. di Torino, 1866.

Monod. — Cancer mélanique du pouce. Gaz. des Hôpitaux, 1855.

Michon. — Du cancer cutané. Thèse de concours, 1848.

Marjolin et Blandin. — Cancer mélanique de la main. Journ. Hebd. de Méd., 1829.

Mayor. — Tumeur épidermique. Thèse Paris, 1848.

Le Couendic. — De l'épithélioma sénile du dos de la main. Thèse Paris, 1902.

Nélaton. — Eléments de Path. Chirurg., 1844.

Niquet. — Causes du cancer. Thèse Paris, 1895.

Oiry. — Epithélium pavimenteux et nerf cubital. Thèse Paris, 1890.

Paget. — Traité des tumeurs, 1853.

Parmentier. — Tumeurs épithéliales de la main. Bull. Soc. Anatom., 1858.

Polaillon. — Diction. encyclop. Art. « Main ».

Reclus. — Pathol. exter., t. I.

Rigaud. — Epithélioma disséminé. Thèse Paris, 1898.

Robin. — Considérations sur les lésions des glandes sudoripares. Gaz. des Hôp., 1852.

Stenhausen. — Production cornée de la main. Gaz. des Hôp., 1837.

Syokalski. — Cancroïde de la main. Bull. Acad. Méd., 1853.

Sédillot. — Epithélioma de la main, 1868.

Tillaux. — Névromes multiples faux. Th. agrégat., 1866.

Verneuil. — Malad. des glandes sudoripares. Arch. Gén. Méd., 1854.

Vermont. — Tumeurs des doigts. Thèse Paris, 1855.

Virchow. — Trois cas de cancroïde. Gaz. Méd. de Paris, 1855.

Velpeau. — Cancroïde du dos de la main. Gaz. des Hôpitaux, 1863.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !